

Domanda per ausili e presidi (DM 332/1999 – DM 321/2001 DPCM 15/2017)

Domanda presentata in data _____ al presidio di _____

Prot n _____ del _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ (Art. 46 e 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e smi)

Il/La sottoscritto/a (cognome) _____ (nome) _____

Cellulare _____ in qualità di: FAMILIARE TUTORE/CURATORE AMMINISTRATORE

DI SOSTEGNO dell' Assistito Sig./Sig.ra _____ Nato/a _____

il _____ Prov _____ Residente a _____

Prov. _____ c.a.p. _____ Via/Piazza _____ n. _____

Tel. Abit. _____ Cellulare _____

E-mail- _____ PEC _____

Codice Fiscale																			
----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Recapito della fornitura – Nome e Cognome sul campanello (se diverso dalla residenza) _____

Via/Piazza _____ n _____

Comune _____ Prov _____ CAP _____

Consapevole delle responsabilità penali previste dagli artt. 75 e 76 del DPR 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, sotto la sua personale responsabilità

DICHIARA:

- che l'assistito è in possesso dell'attestazione di invalidità civile
- che l'assistito è in attesa del riconoscimento d'invalidità civile e in allegato acclude copia del certificato del Medico di Medicina Generale e copia della ricevuta di presentazione della domanda all'INPS
- che l'assistito è ricoverato presso _____

CHIEDE

La fornitura di ausilio/presidio indicata nella prescrizione medica del Medico di Medicina Generale o del Medico Specialista che viene allegata alla presente domanda

Per le informazioni relative al trattamento dei dati personali effettuato dall'Azienda, USL Toscana Centro a seguito della ricezione del presente modello, si rappresenta che l'Azienda, in qualità di titolare del trattamento (con sede in p.zza S.M. Nuova, 1 Firenze PEC: direzione.uslcentro@postacert.toscana.it) tratterà i dati personali conferiti con il presente modulo, con modalità prevalentemente informatiche e telematiche, per le finalità previste dal Regolamento (UE) 2016/679 e dal Codice in materia di protezione dei dati personali (d.lgs 30 giugno 2003, n. 196 e s.m.i.), in particolare per l'esecuzione dei propri compiti di interesse pubblico o comunque connessi all'esercizio dei propri pubblici poteri, ivi incluse le finalità di trattazione delle istanze pervenute, nonché di archiviazione, di ricerca storica e di analisi per scopi statistici. Il conferimento dei dati è obbligatorio e la loro mancata indicazione non consente di effettuare il procedimento attivato con il presente modello. I dati acquisiti nell'ambito della procedura saranno conservati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa. I dati saranno trattati esclusivamente dal personale e da collaboratori dell'Azienda (designati referenti e incaricati) o da soggetti espressamente nominati come responsabili del trattamento. Al di fuori di queste ipotesi, i dati non saranno diffusi, né saranno comunicati a terzi, fatti salvi i casi in cui si renda necessario comunicarli ad altri soggetti coinvolti nell'attività istruttoria e nei casi in cui si renda necessario comunicarli ad altri soggetti coinvolti nell'attività istruttoria e nei casi specificamente previsti dal diritto nazionale o dell'Unione europea. Gli interessati hanno il diritto di ottenere dall'Azienda, nei casi previsti, l'accesso ai propri dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda o di opporsi al trattamento (artt. 15 e ss. del Regolamento). L'apposita istanza all'Azienda è presentata contattando il Responsabile della protezione dei dati (responsabileprotezionedati@uslcentro.toscana.it) scaricando il fac-simile di domanda dal sito istituzionale www.uslcentro.toscana.it link Privacy in Azienda – Modulo per esercizio diritti interessato. Sempre dal sito istituzionale è possibile consultare l'elenco aggiornato dei Referenti del trattamento dei dati. Le ricordiamo che potrà esercitare il diritto di reclamo presso il Garante per protezione dei dati personali (www.garanteprivacy.it).

Il/La sottoscritto/a è consapevole che l'ausilio/presidio è di proprietà dell'Azienda USL TC concesso all'utente in comodato gratuito e, nel caso cessi la necessità dello stesso, si impegna a restituirlo nelle stesse condizioni di fatto e di diritto rilevate al momento della consegna. Nel caso di mancata restituzione, di modifiche, di rotture non accidentali o di uso improprio o grave incuria dell'ausilio fornito, l'utente o gli aventi causa dovranno corrispondere il relativo valore economico

Data e luogo _____ Firma leggibile _____

AI sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445/2000, la dichiarazione deve essere sottoscritta dal dichiarante e inviata all'ufficio competente, insieme alla fotocopia non autenticata di un documento di identità valido del dichiarante.